

# Druckentlastend positionieren

**Dekubitusprophylaxe** Mit passiven Positionierungen können gefährdete Körperstellen druckentlastet und somit das Dekubitusrisiko gesenkt werden. Die Positionswechsel müssen in vielen Fällen halbstündlich bis stündlich erfolgen. Sie sind daher gezielt und ohne großen personellen Aufwand auszuführen.

Von Siegfried Huhn

**E**in besonderes Dekubitusrisiko besteht dann, wenn selbstständige oder assistierte Positionswechsel nicht möglich sind. Damit haben alle Personen mit mangelhafter Mobilität ein erhöhtes Dekubitusrisiko. Für die Einschätzung der individuellen Gefährdung sind jedoch auch die Spontanbewegungen einer Person bedeutend, die zu einer vollständigen oder kleinen Positionsveränderung führen. Solange diese Positionswechsel möglich sind, besteht nicht sofort ein erhöhtes Dekubitusrisiko – selbst wenn eine Person als „bettlägerig“ gilt.

Vollständige oder kleine Positionsveränderungen erfolgen reflektorisch aufgrund von Druckeinwirkung auf die Haut; sie dienen der Druckverlagerung. Innerhalb der Haut gibt es bestimmte Rezeptoren, die den auftretenden Druck mit der Gewebefläche abgleichen. Kommt es zu einer bestimmten Druckeinwirkung, regen sie eine Veränderung der Körperstellung an. Das geschieht fast immer unbewusst. Nur in wenigen Fällen wird dieser Vorgang bewusst gestaltet, etwa wenn der Positionswechsel herausgezögert wird und sich eine wahrnehmbare Missempfindung einstellt.

Altersbedingt nimmt die Druckwahrnehmung ab. Dadurch ändern alte Menschen die einmal eingenommene Position seltener oder überhaupt nicht, während junge Menschen auf dem Stuhl hin und her rutschen oder im Schlaf das Bett zerwühlen.

Altersbedingt reduzierte Positionswechsel müssen unbedingt berücksichtigt werden, wenn das Dekubitusrisiko eingeschätzt wird. Zum Teil haben Personen, die zwar grundsätzlich mobil sind oder sogar keinerlei Bewegungseinschränkungen zeigen, im Schlaf aufgrund der mangelhaften Druckwahrnehmung und verzögerter Spontanbewegung ein sehr hohes Dekubitusrisiko.

Ein ähnliches Phänomen ist auch bei Patienten oder Bewohnern zu beobachten, die Schmerzmittel, Psychopharmaka oder Schlafmittel einnehmen. Auch hier kommt es zu einer Veränderung der Druckwahrnehmung, der einen selteneren oder völlig fehlenden Positionswechsel zur Folge hat.

Neben der Mobilität ist die Druckeinwirkzeit für die Dekubitusgefährdung ausschlaggebend. Je länger der Druck einwirkt, umso höher ist das Risiko.

Die lange angenommene Toleranzzeit von zwei Stunden gilt inzwischen als widerlegt. Die Dekubitusentstehung ist ein komplexes Geschehen, das in seiner Gesamtheit noch nicht erfasst ist. Deshalb sind einfache Festlegungen auf eine gleiche Zeit für alle Patienten und Bewohner fachlich nicht vertretbar. Bei einzelnen Personen kann es schon nach kurzen Einwirkzeiten zu einem Dekubitus kommen, andere wiederum haben eine über zwei Stunden hinausgehende Toleranz. Praxiserfahrungen zeigen zudem, dass Toleranzwerte zudem von den verschiedenen Liegepositionen abhängen. Deshalb muss bei allen gefährdeten Personen eine genaue Hautbeobachtung – eventuell mittels Fingertest – vorgenommen werden, um eine individuelle Zeit zur Positionsveränderung festzulegen.

## Lagerungsmaterial sorgsam auswählen

Die zeitlichen Intervalle der Positionsveränderung lassen sich über fachgerechte Positionierungen meistens verlängern. Hierbei kommt es entscheidend auf das verwendete Lagerungsmaterial an. Auch die verwendete Unterlage, die Matratze, ist bedeutsam. Als eine Regel kann gelten: Je härter die Unterlage beziehungsweise das Lagerungsmaterial, umso kürzer die Verweildauer in einer Position.

Als Auflagedruck wird der Druck beschrieben, der dem Körper von der Unterlage entgegengebracht wird. Demnach bestimmt die Härte der Unterlage oder des Lagerungsmaterials den Auflagedruck. Weiche Unterlagen, die ein Einsinken ermöglichen, vergrößern die aufliegende Fläche. Sie führen somit zu einer besseren Druckverteilung. Damit kommt dem verwendeten Lagerungsmaterial eine besondere Bedeutung zu.

Materialien zur Dekubitusprophylaxe, auch einfache Lagerungskissen, müssen so weich sein, dass die Person in das Material einsinken kann, ohne dass sich dieses ver-



Foto: www.martinglauser.ch

#### **Individueller Blick erforderlich**

Die Dekubitusentwicklung ist ein komplexes Geschehen. Pauschale Festlegungen auf bestimmte Lagerungsintervalle sind daher fachlich nicht vertretbar

härtert. Der Körper liegt in einem relativen Schwebestand. Feste Füllungen, die sich zwar der Körperform anpassen und eine Modellierung vornehmen, wirken für den Moment angenehm, bauen dann aber einen zu hohen Auflagedruck auf.

Ähnlich verhält es sich bei Feder- oder Wattekissen. Durch das Körpergewicht werden die Kissenfüllungen so komprimiert, dass sie verhärtet und in ihrer Druckreduktion dann der normalen Matratze vergleichbar sind oder oft sogar einen höheren Druck aufbauen. Lagerungskissen, in denen die Füllung ungleich verteilt ist, können punktuell einen höheren Druck entstehen lassen und somit eine zusätzliche Gefährdung darstellen. Dadurch kann das Lagerungsmaterial selbst zum Risiko werden.

Obgleich Weichheit gewünscht wird, kann nicht generell zu Weichmatratzen geraten werden. Ist die Matratze zu weich, wird die Druckwahrnehmung weiter reduziert. Auch lassen sich Spontanbewegungen auf weichen Unterlagen deutlich schwerer durchführen. Daher muss bei der Entscheidung für Weichmatratzen diese

Wahrnehmungsreduktion mit möglicher Immobilisierung dem positiven Effekt der Druckreduktion gegenübergestellt werden.

#### **Druckentlastung durch Positionswechsel**

Inzwischen hat sich statt des Begriffs der Lagerung der Begriff der Positionierung durchgesetzt. Damit soll auch sprachlich gegen das „Ablagern“ der Personen ein Zeichen gesetzt werden. Eine Lagerung zur Dekubitusprophylaxe wird häufig als fixierte Lagerung durchgeführt. Pflegepersonen beklagen sogar oft, dass die Patienten oder Bewohner nicht in der vorgegebenen Lagerung verbleiben, sondern sich selbst „völlig entlagern“ oder die Körperposition verändert. Deshalb werden mit einer Vielzahl von Kissen Fixierungen vorgenommen und damit Zwangshaltungen verordnet.

In der Dekubitusprophylaxe wird jedoch angestrebt, dass Spontanbewegungen erhalten bleiben und von den betroffenen Personen durchgeführt werden. Deshalb ist

das selbstständige Verändern der Position positiv zu sehen und zu fördern.

Ziel der Positionierung ist es, möglichst viele der besonders gefährdeten Stellen – der sogenannten Prädikationsstellen – frei oder druckentlastend zu lagern. Daran lässt sich feststellen, ob die jeweils gewählte Position fachgerecht ist.

Positionswechsel müssen in vielen Fällen halbstündlich bis stündlich vorgenommen werden und daher schnell und ohne besonderen personellen und materiellen Aufwand durchführbar sein. Deshalb ist es sinnvoll, zur Arbeitserleichterung nicht nur die Methode der Positionierung, sondern auch die des rückengerechten Arbeitens zu lernen. Selten werden als Lagerungsmaterial mehr als zwei Kissen gebraucht. Spezialmaterial ist nur bei speziellen Lagerungen nötig, wie etwa bei der schiefen Ebene oder der Mikrolagerung.

### Welche Arten der Positionierung kommen infrage?

Es werden folgende Varianten der passiven Positionierung unterschieden:

**1 30-Grad-Positionierung:** Hierbei wird die Person zunächst zur Seite gebracht. In den Rücken und unter das obenliegende Bein wird je ein Kissen gelegt. Das Kissen sollte 40 mal 80 Zentimeter groß und nicht zu dick sein. Die Person wird rücklings auf das Kissenmaterial zurückgebracht. Die 30-Grad-Lagerung (Abb. 1) ist daran zu erkennen, dass das Kreuzbein freiliegt und das obenliegende Bein gestreckt in einer Ebene mit der Hüfte liegt. Der Rollhügel (trochanter major) liegt frei und ist tastbar. Die untenliegende Schulter wird vorgezogen, sodass der Arm frei beweglich ist und die Person diesen selbst bewegen kann. Es wird nichts zwischen die Beine gelagert. Die Beine werden nur dann angewinkelt, wenn es physiologisch – etwa aufgrund von Kontrakturen – nicht anders möglich ist. Dann muss die 30-Grad-Lagerung entsprechend modifiziert werden, was auch in der Pflegeplanung vermerkt werden sollte.

**2 135-Grad-Positionierung:** Bei der 135-Grad-Positionierung (Abb. 2) liegt die Person bauchwärts. Dazu wird zunächst der Arm, über den gerollt werden muss, nah an den Körper – oder besser unter den Körper – gebracht. Nun ist das Rollen über den Arm unproblematisch durchführbar. Vorher wird ein Kissen so positioniert, dass die Person mit dem Oberkörper in das Kissen hineinrollt. Das obenliegende Bein wird angewinkelt auf ein Kissen gelegt. Jetzt wird das Becken an der untenliegenden Seite herausgezogen, sodass nur noch der Beckenkamm aufliegt und im Grunde eine relativ flache Position entsteht. Der unten/hinten liegende Arm wird in eine bequeme Lage neben den Körper gebracht, der oben/vorne liegende Arm wird frei positioniert. Der untenliegende Fuß liegt nun mit dem Fußrücken auf, was schmerzhaft sein kann. Deshalb wird hier eine kleine Halbrolle oder eine andere Unterlage angebracht. In

dieser Position sind bis auf den Beckenkamm alle gefährdeten Stellen druckentlastet. Diese Position wird zu selten angewandt, obwohl die meisten Patienten und Bewohner diese Position als angenehm beschreiben und sogar oft als Einschlafposition wählen. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass sich Patienten und Bewohner selten selbstständig umpositionieren können. Dem muss Rechnung getragen werden, indem in der Anfangsphase häufig geprüft wird, wie die Position erlebt wird und ob eine Veränderung nötig ist.

**3 Mikrolagerung:** Bei der Mikrolagerung werden kleine, spontane Bewegungen kopiert. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass nur kleine Veränderungen vorgenommen werden. Dabei werden unter verschiedene Körperstellen kleine Lagerungshilfen gebracht, zum Beispiel unter einer Seite des Beckens oder unter einer Schulter. Diese verbleiben bis zu einer Stunde und werden dann an eine andere Stelle gebracht – oder es wird eine andere Form der Druckentlastung gewählt. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass bei einer Unterlagerung des Beckens ein höherer Druck auf der Ferse entsteht und dass das Bein insgesamt angespannt wird. Deshalb sollte der Bereich zwischen Ferse und Wade leicht unterlagert werden. Die Industrie hält für die Mikrolagerung kleine Keile und Halbrollen vor, die den häufig empfohlenen Handtüchern vorzuziehen sind (Abb. 3). Der Einsatz dieser Hilfsmittel erleichtert den Lagerungsvorgang enorm. Aufgrund der einfachen Handhabung kann er nach Möglichkeit sogar vom Betroffenen selbst durchgeführt werden. Die Mikrolagerung ist auch bei über längere Zeit sitzenden Personen möglich.

**4 Schiefe Ebene:** Bei der schiefen Ebene (Abb. 4) wird das Lagerungsmaterial unter die Matratze gebracht. Hierzu eignen sich spezielle Lagerungskeile, die aus hartem Material bestehen, deshalb auch rückenentlastend sind und recht schnell unter die Matratze verbracht werden können. Decken und Kissen führen leider fast immer dazu, dass die Ebene nicht glatt ist, sondern es eher zu Abknickungen in der Matratze kommt, wodurch der eigentliche Zweck nicht erfüllt wird und der Liegekomfort enorm abnimmt. Bei einer glatten Liegefläche ist die Person immer in Teilen druckentlastet – unabhängig davon, wie sie tatsächlich auf der Matratze liegt. Deshalb ist diese Methode insbesondere bei Personen angezeigt, die klassische Positionierungen nicht tolerieren. Außerdem ist das Unterbringen von Decken unter die Matratze kraftaufwendig und nicht rückenfreundlich.

**5 Freilagerung:** Ziel der Freilagerung (Abb. 5) ist, die besonders gefährdeten Körperstellen frei zu lagern. Eine Möglichkeit bietet die Vier-Kissen-Methode, bei der Patienten oder Bewohner in Rückenlage bleiben können. Deshalb wird sie bevorzugt für Personen eingesetzt, die nur in Rückenlage verbleiben wollen. Die Weichheit der unterlegten Kissen wird als sehr angenehm beschrieben und auch für Schmerzpatienten, etwa bei Osteoporose empfohlen. Neben der beschriebenen



Abb. 1



Abb. 2

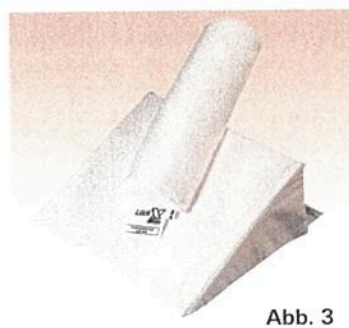


Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

Fotos: Herzog/Abb. 3: Lück

Positionierung werden im Handel auch verschiedene Hilfsmittel zur Freilagerung empfohlen. Hierzu wird der Kontakt zum Sanitätshandel empfohlen.

### Herausforderung an Fachlichkeit

Die Dekubitusprophylaxe stellt eine Herausforderung an die Fachlichkeit der Pflegepersonen dar. Jedoch braucht es nicht nur das Fachwissen um die Entstehung von Dekubitus und die beschriebenen Positionierungen, sondern auch das Wissen zu fachgerechten Hilfsmitteln.

Da es sich bei der Prophylaxe um eine häufig wiederkehrende Tätigkeit mit Risiko für die eigene Rückengeundheit handelt, müssen auch Techniken des rückengerechten Transfers und der Lagerungsvorgänge erlernt werden. Dadurch achten Pflegepersonen nicht nur auf

ihre eigene Gesundheit, sondern bei diesen Transfer- und Lagerungstechniken wird auch die Bewegungsmöglichkeit der zu bewegenden Person gefördert, was diesen den Vorgang angenehmer erlebbar macht und dadurch für alle Beteiligten störungsfreier und leichter ist.

Schröder, G.; Kottner, J. (2011): Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Bern: Huber  
 Bauernfeind, G.; Strupeit, St. (2014): Dekubitusprophylaxe und -behandlung. Praxisleitfaden zum Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. Stuttgart: Kohlhammer



**Siegfried Huhn** ist selbstständiger Pflegeexperte aus Berlin.  
 Mail: siegfried.huhn@freenet.de